

COUR DES ASSURANCES SOCIALES

Arrêt du 21 janvier 2022

Composition : Mme DURUSSEL, présidente

MM. Métral et Piguet, juges

Greffière : Mme Neurohr

Cause pendante entre :

R. _____, à [...], recourante, représentée par AXA-ARAG Protection juridique SA, à Zurich,

et

C. _____, à [...], intimée.

Art. 6 al. 1 et 2 LAA.

E n f a i t :

A. R._____ (ci-après : l'assurée ou la recourante), née en [...], est employée comme accueillante en milieu familial par la Ville P._____ et est, à ce titre, assurée obligatoirement contre les accidents professionnels et non professionnels et contre les maladies professionnelles auprès de C._____ (ci-après : C._____ ou l'intimée). Elle effectue en outre des travaux de conciergerie pour [...] (20 %).

Par déclaration d'accident du 31 août 2020, la Ville P._____ a informé C._____ que l'assurée avait subi une déchirure musculaire à l'épaule droite durant une intervention chirurgicale survenue le 28 février 2020 et était en arrêt de travail depuis lors.

Instruisant le cas, C._____ s'est vue remettre un rapport d'imagerie par résonance magnétique (ci-après : IRM) du 21 août 2019 de l'épaule gauche constatant des signes de synovite gléno-humérale, une bursite sous-acromiale et une discrète tendinopathie d'insertion du sus-épineux et du sous-épineux sans déchirure.

Une IRM de l'épaule droite a été réalisée le 19 mai 2020 à la suite d'une déchirure musculaire vraisemblablement iatrogène qui serait intervenue lors d'une intervention gynécologique du 28 février 2020, une chute du bras de la table d'opération étant suspectée. Cette imagerie décrit la persistance de très discrets stigmates de déchirure musculaire dans les muscles supra- et infra-épineux, une normalisation complète du signal musculaire au sein du deltoïde, l'absence d'infiltration graisseuse musculaire significative, une trophie musculaire Goutallier II des muscles de la coiffe des rotateurs et, hormis une minime bursite sous-acromio-deltoïdienne, l'absence d'anomalie significative sur les structures ligamentaires et tendineuses ; il est conclu à une globale normalisation des structures musculaires avec remaniements résiduels discrets post déchirure musculaire dans les muscles supra-et infra-épineux.

Le 22 mai 2020, la Dre F._____, cheffe de clinique adjointe du Service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier X._____, (Centre hospitalier X._____), a prescrit de la physiothérapie pour une lésion des muscles supra-épineux et infra-épineux de l'épaule droite, iatrogène, survenue le 28 février 2020. Le 28 mai 2020, elle a attesté d'une totale incapacité de travail de l'assurée du 22 mai au 5 juillet 2020 en raison d'une maladie.

Dans une lettre de consultation du 15 juin 2020 à la suite de douleurs au pied droit, le Dr U._____, médecin auprès du centre orthopédique [...], a indiqué que l'assurée était traitée pour une déchirure de la coiffe des rotateurs de l'épaule droite survenue lors de sa dernière opération pour une cure d'endométriose en février 2020 ; elle suivait un traitement antalgique et de physiothérapie. Ce médecin avisait l'assurée que dans le contexte de douleurs de l'épaule droite en lien avec une lésion de la coiffe des rotateurs récente, le traitement chirurgical de la verrue plantaire était reporté jusqu'à la normalisation de la fonction de l'épaule droite car la suite opératoire impliquait la mise en décharge du membre inférieur droit.

Le 30 juin 2020, le Dr D._____, médecin traitant, a attesté d'une incapacité de travail entière du 28 février au 19 août 2020 en raison de maladie.

Le 1^{er} juillet 2020, l'assurée a bénéficié d'une nouvelle IRM de l'épaule droite qui a mis en évidence une discrète tendinopathie d'insertion touchant surtout la moitié antérieure du tendon du sus-épineux sans déchirure, une petite fissure de la surface bursale du tiers moyen du tendon du sous-épineux s'étendant sur environ 6 mm dans le plan transverse du tendon et une bursite sous-acromiale.

Le 17 août 2020, le Dr N._____, médecin cadre du service d'orthopédie et traumatologie du Département de l'appareil locomoteur du Centre hospitalier X._____, a attesté d'une incapacité de travail entière du 22 mai au 30 septembre 2020, puis de 50 % du 1^{er} octobre au

15 novembre 2020, en raison de maladie. Dans un rapport du 21 août 2020, ce médecin a rappelé dans son anamnèse que la patiente avait eu une déchirure de grade 2 au niveau du supra- et de l'infra-épineux ainsi que du faisceau antérieur du deltoïde, secondaire à une intervention gynécologique. Les déchirures étaient localisées au niveau des corps musculaires, raison pour laquelle un traitement conservateur avait été entrepris. La patiente avait développé, secondairement, une capsulite rétractile. En effet, après une période initiale d'évolution favorable, le contrôle du jour, soit à six mois, était moins bon. La patiente décrivait des difficultés à bouger dans toutes les directions avec des douleurs en physiothérapie et également des douleurs en rotation interne. A l'examen clinique, ce médecin a observé, en position debout, une flexion de 140°, une rotation externe de 50°, une rotation interne fesse, avec persistance de douleurs au testing de la coiffe mais excellente force ; en position couchée, il a relevé une raideur avec flexion de 130°, rotation externe de 35° contre 160° et 80°. Il a relevé que l'IRM ne montrait pas de lésion significative. Il a préconisé l'arrêt de la physiothérapie et de l'anti-inflammatoire et la mise en route d'un traitement de Tramal. Si l'évolution ne devait pas être favorable d'ici 3 à 4 semaines, il lui proposerait une infiltration intra-articulaire.

En outre, il résulte d'un rapport du 4 septembre 2020 des Drs L._____, spécialiste en anesthésiologie, et J._____, spécialiste en anesthésiologie et en médecine interne auprès de l'Institut [...], que l'assurée souffrait d'une spondylolisthésis-lombaire (M43.16), d'un syndrome des facettes articulaires lombaires (M54.06) et de radiculopathie-lombo-sacrée (M54.17) qui ont engendré une incapacité de travail totale depuis le début des symptômes en mars 2020.

Dans un questionnaire rempli le 11 septembre 2020, au moment de préciser les circonstances auxquelles elle attribuait ses douleurs, l'assurée a répondu qu'elle était restée trop longtemps dans la même position durant l'intervention du 28 février 2020. Elle a confirmé que l'opération s'était déroulée dans des conditions normales et qu'il ne s'était rien produit de particulier. Elle a ajouté qu'elle avait ressenti les

premières douleurs au réveil suivant l'intervention et qu'elle n'avait jamais souffert d'une atteinte à son épaule droite auparavant.

Dans un rapport du 14 octobre 2020, le Dr N. _____ a posé le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite post-déchirure du corps musculaire supra-épineux, infra-épineux et du chef antérieur du deltoïde du 28 février 2020. Il a constaté des douleurs à la palpation antérieure et postérieure de l'épaule avec limitation des amplitudes articulaires aussi bien actives que passives, avec, lors de la dernière consultation, une récupération avec flexion de 140°, rotation externe de 50°, rotation interne fesse, douleurs à la mobilisation passive, force de la coiffe à M4. Ce médecin a confirmé que les constatations (soit les douleurs à la palpation et l'impotence fonctionnelle de l'épaule droite depuis l'intervention du 28 février 2020) concordent avec l'événement invoqué par la patiente et semblaient plausibles. Il a proposé de la physiothérapie à titre de thérapie et indiqué un arrêt de travail à 100 %, avec reprise à 50 % du 1^{er} octobre 2020 au 15 novembre 2020, à réévaluer, précisant que le traitement serait terminé probablement dans six mois.

Le Dr D. _____ a été interpellé par C. _____ sur les suites médicales de l'accident du 28 février 2020. Ce médecin a toutefois d'abord répondu n'avoir aucune information sur cet accident. Puis après que C. _____ s'est référée à son attestation du 30 juin 2020, le Dr D. _____ a indiqué ce qui suit, le 1^{er} novembre 2020, sous la rubrique relative au déroulement de l'accident et aux plaintes : « 27.05.2020 : sciatalgies et 9.07.2020 : fissure sus-épineux ». Il a posé des points d'interrogation en réponse à la question « les constatations mentionnées au chiffre 4 concordent-elles avec l'événement invoqué par le patient et semblent-elles plausibles ? ». Il a précisé que le traitement n'était pas terminé (sans préciser à quelle atteinte il se référait).

C. _____ a soumis le dossier à son médecin conseil, le Dr A. _____, qui a émis un avis le 12 novembre 2020. Il a retenu les diagnostics de déchirure musculaire du sus-épineux, du sous-épineux et du deltoïde de l'épaule droite d'origine iatrogène (chute du bras lors d'une

intervention chirurgicale le 28.02.2020) et de capsulite rétractile modérée (abduction à 140° et rotation externe de 50°). Il a admis que la lésion musculaire correspondait à une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA, qui n'était pas due de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Il existait toutefois des éléments étrangers à l'événement, soit une tendinopathie du tendon du sus-épineux droit, une tendinopathie du sus-épineux gauche, des lombalgies chroniques avec spondylolyse L4 bilatérale et L5 bilatérale avec irritation de la racine L5 des deux côtés. A la question de savoir, en cas d'aggravation d'un état antérieur, à quelle date serait atteint le *statu quo sine/ante*, ce médecin a répondu qu'une déchirure partielle musculaire guérissait en général en trois mois, que l'IRM de l'épaule droite du 19 mai 2020 montrait une nette amélioration des lésions musculaires, qu'il n'y avait pas de lésion tendineuse et que l'IRM de l'épaule droite du 1^{er} juillet 2020 ne montrait plus qu'une tendinite du tendon du sus-épineux comme on en retrouvait sur l'IRM de l'épaule gauche du 21 août 2019. Il a ainsi retenu la date du 1^{er} juillet 2020 comme *statu quo sine*. Il a précisé qu'actuellement, l'incapacité totale de travail était motivée par des douleurs lombaires sur une spondylolyse bilatérale L4 et L5 avec une lyse L5 et irritation des racines L5 des deux côtés. L'incapacité de travail en relation avec l'événement n'était donc plus justifiée depuis le 1^{er} juillet 2020. Le Dr A._____ a ajouté que pour les lésions musculaires iatrogènes associées à une composante de capsulite rétractile, le pronostic de durée d'incapacité de travail était de 4 à 5 mois.

Le 11 janvier 2021, C._____ a rendu une décision limitant son intervention aux frais encourus jusqu'au 1^{er} juillet 2020 pour les suites des déchirures musculaires subies à l'épaule droite le 28 février 2020. Elle a nié l'existence d'un accident mais a admis la présence d'une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Suivant l'avis du médecin conseil, C._____ a indiqué qu'à l'examen du 1^{er} juillet 2020, il ne subsistait que des atteintes d'origine malade, similaires à celles présentées à l'épaule gauche.

L'assurée, représentée par AXA-ARAG Protection juridique, a fait opposition à cette décision par courrier du 28 janvier 2021. Elle a fait valoir que l'événement du 28 février 2020 présentait les caractéristiques d'un accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA, en sus de celles d'une lésion assimilée au sens de l'art. 6 al. 2 LAA. Elle a expliqué que pendant son opération chirurgicale, elle avait nécessairement été placée ou déplacée d'une manière non conforme et tout à fait inhabituelle, ce qui constituait l'élément externe extraordinaire imposant la reconnaissance d'un accident. En outre, elle a affirmé que les lésions étaient toujours en relation de causalité prépondérante avec l'accident au-delà du 1^{er} juillet 2020, ce qui justifiait le maintien des prestations au-delà de cette date.

C._____ a informé l'assurée par courrier du 1^{er} février 2021 que son service juridique prendrait position sur son opposition dans les meilleurs délais. Elle lui a envoyé le dossier le 8 février 2021, puis lui a adressé un nouveau courrier le 8 avril 2021 lui octroyant un délai au 10 mai 2021 pour compléter la motivation de son opposition si elle le souhaitait.

En l'absence de réponse de l'assurée, C._____ a rejeté l'opposition et maintenu sa décision du 11 janvier 2021 par décision sur opposition du 21 juillet 2021. S'agissant de la qualification de l'événement en accident, C._____ a constaté que si un médecin avait évoqué une possible chute du bras de la table d'opération durant l'anesthésie, ce fait n'avait pas été formellement rapporté, de sorte que la survenance d'un événement particulier extraordinaire n'était pas établie. Elle a donc nié l'existence d'un accident. Concernant la lésion assimilée, elle a retenu qu'elle était guérie depuis le 1^{er} juillet 2020, seules des lésions dégénératives subsistant au-delà de cette date.

Par courriel du 26 juillet 2021 d'AXA-ARAG Protection juridique, plus particulièrement de M. [...], titulaire du brevet d'avocat, l'assurée s'est dit stupéfaite de recevoir une décision sur opposition alors que « toute cette affaire est en cours d'instruction et que le dossier du Centre hospitalier X._____ est également ouvert s'agissant de la question de sa

responsabilité ». Elle a reproché à C._____ de ne pas lui avoir dit qu'à défaut de nouvelles dans un certain délai une décision sur opposition serait rendue. Elle a joint une convocation datée du 23 juillet 2021 invitant l'assurée à se présenter le 8 septembre 2021 à des fins d'expertise devant le Dr M._____, spécialiste en chirurgie orthopédique et traumatologie de l'appareil locomoteur. C._____ a répondu par courriel du lendemain qu'à aucun moment depuis février 2021, malgré son courrier du 8 avril 2021, l'assurée n'avait pris la peine de l'informer du suivi de son dossier ni requis une suspension de la procédure d'opposition. Elle a ajouté qu'elle ne voyait pas en quoi sa décision pourrait influencer sur la question de la responsabilité ou léser les intérêts du Centre hospitalier X._____.

B. Par acte du 11 août 2021, R._____, toujours représentée par AXA-ARAG Protection juridique, a recouru contre cette décision sur opposition auprès de la Cour des assurances sociales du Tribunal cantonal. Elle conclut principalement à son annulation, la cause étant renvoyée à l'assureur-accidents pour instruction complémentaire et nouvelle décision. Elle fait valoir sur ce point une violation de l'art. 40 al. 2 LPGA et du principe de la bonne foi en soutenant que l'intimée savait que des mesures d'instruction étaient menées par l'assurée et que l'intimée avait accepté de suspendre la procédure d'opposition. Elle sollicite de pouvoir produire l'expertise du Dr M._____ afin qu'elle soit prise en compte. Elle ajoute que la décision pourrait léser les intérêts du Centre hospitalier X._____ dans la mesure où, si une erreur de prise en charge au Centre hospitalier X._____ devait être mise en évidence, l'Etat de Vaud pourrait être amené à indemniser la part non prise en charge par l'assureur LAA, étant précisé que l'Etat de Vaud a renoncé à invoquer la prescription jusqu'au 28 février 2020, pour autant qu'elle ne soit pas déjà acquise. Elle estime que la décision aurait donc dû être notifiée au Centre hospitalier X._____ également. Subsidiairement, elle conclut à la réforme de la décision, en ce sens que l'intimée doit prendre en charge les suites de l'événement du 28 février 2020 au-delà du 1^{er} juillet 2020. Rappelant les circonstances de l'événement du 28 février 2020, elle maintient avoir subi un accident ce jour-là, singulièrement que le critère de la cause extérieure extraordinaire est réalisé dans son cas. Elle invoque en outre que les

lésions subsistant au-delà du 1^{er} juillet 2020 sont toujours en relation de causalité prépondérante avec l'accident et justifient le maintien des prestations au-delà de cette date.

Par réponse du 17 septembre 2021, l'intimée a conclu au rejet du recours. Elle indique qu'elle a appris l'existence d'une recherche en responsabilité civile du Centre hospitalier X. _____ par le biais du recours déposé le 11 août 2021 et nie avoir eu connaissance de mesures d'instruction en cours. Dans la mesure où l'opposition était motivée et où la recourante n'a pas réagi au délai supplémentaire accordé pour d'éventuels compléments, elle estime qu'elle était en droit de statuer sur l'opposition. Elle rappelle qu'aucun délai ni suspension n'a été requis. Elle indique que le représentant de l'assurée devait savoir qu'à défaut de nouvelles dans le délai imparti dans le courrier du 8 avril 2021, une décision serait rendue conformément à l'art. 52 al. 2 LPGA. Elle considère que la décision n'avait pas à être notifiée au Centre hospitalier X. _____ qui n'a pas la qualité de partie au sens de l'art. 34 LPGA et ne voit pas en quoi la décision léserait les intérêts d'un éventuel tiers responsable. Sur le fond du litige, elle rappelle qu'aucun élément au dossier ne permet de retenir un événement extérieur extraordinaire justifiant la qualification d'accident. Par ailleurs, elle relève que les lésions musculaires sont des complications connues lors d'anesthésie générale. S'agissant de la date de cessation des prestations, elle correspond à celle à laquelle il a été constaté que les lésions musculaires étaient guéries, les atteintes subsistant étant dégénératives.

Par déterminations du 28 septembre 2021, la recourante s'est référée à l'expertise du Dr M. _____, dont elle a produit le rapport daté du 20 septembre 2021. Ce médecin retient en substance qu'au vu de l'anamnèse, les troubles au niveau de l'épaule droite sont en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement survenu pendant l'intervention du 28 février 2020 et mis en évidence dès le passage en salle de réveil. Il ajoute que la capsulite rétractile est une complication de ce traumatisme, également à charge de ce cas. Il indique que le traitement adéquat pour une capsulite rétractile consiste dans la

physiothérapie, la balnéothérapie et les auto-étirements pour récupérer une fonction articulaire satisfaisante et éviter les rétractions. Il souligne que le cas n'est pas encore stabilisé.

Par déterminations du 8 novembre 2021, l'intimée a confirmé sa conclusion en rejet du recours en se rapportant à l'avis du Dr A. _____ du 26 octobre 2021, produit en annexe. Ce médecin a notamment relevé des contradictions dans l'appréciation du Dr M. _____ et a confirmé que la déchirure musculaire liée à l'événement du 28 février 2020 avait guéri dans les délais habituels et qu'il subsistait uniquement une tendinite du sus-épineux qui avait progressivement évolué avec participation d'une tendinite du long chef du biceps, ces atteintes expliquant la persistance des douleurs et la discrète limitation fonctionnelle.

E n d r o i t :

1. a) La LPGA (loi fédérale du 6 octobre 2000 sur la partie générale du droit des assurances sociales ; RS 830.1) est, sauf dérogation expresse, applicable en matière d'assurance-accidents (art. 1 al. 1 LAA [loi fédérale du 20 mars 1981 sur l'assurance-accidents ; RS 832.20]). Les décisions sur opposition et celles contre lesquelles la voie de l'opposition n'est pas ouverte peuvent faire l'objet d'un recours auprès du tribunal des assurances compétent (art. 56 et 58 LPGA), dans les trente jours suivant leur notification (art. 60 al. 1 LPGA).

b) En l'occurrence, déposé en temps utile auprès du tribunal compétent (art. 93 let. a LPA-VD [loi cantonale vaudoise du 28 octobre 2008 sur la procédure administrative ; BLV 173.36]) et respectant les autres conditions formelles prévues par la loi (art. 61 let. b LPGA notamment), le recours est recevable.

2. Le litige porte sur le droit de la recourante à la prise en charge par l'intimée du traitement de son épaule droite pour la période postérieure au 1^{er} juillet 2020, éventuellement en lien avec l'évènement du 28 février 2020.

3. La recourante fait d'abord valoir des griefs d'ordre formel.

a) Elle se plaint d'une violation de l'art. 40 al. 2 LPGA qui prescrit que si l'assureur fixe un délai pour une action déterminée, il indique en même temps les conséquences d'un retard. Elle estime que l'intimée aurait dû l'avertir qu'elle rendrait une décision à l'issue du délai imparti le 8 avril 2021.

L'art. 40 LPGA commande que la sanction de l'inobservation du délai imparti par l'autorité soit communiquée à l'assuré en même temps que ce délai lui est imparti. Or, en l'espèce, il n'y avait pas de sanction en cas d'inobservation du délai, celui-ci permettant uniquement à la recourante de compléter son opposition au cas où elle le souhaitait. Il ne s'agissait pas d'un délai accordé pour compléter une opposition insuffisamment motivée et qui serait sanctionné d'irrecevabilité de l'opposition en cas d'inobservation. L'opposition était déjà motivée et l'intimée a simplement donné l'opportunité à la recourante de déposer des observations complémentaires si elle le souhaitait. Il n'y avait aucune sanction en cas d'inobservation de ce délai. La procédure suivrait simplement son cours, ce qu'il n'était pas utile de rappeler à la recourante qui était en outre assistée d'un mandataire professionnel. D'ailleurs, l'intimée a informé l'assurée par courrier du 1^{er} février 2021 que son service juridique prendrait position sur son opposition dans les meilleurs délais.

Il y a lieu de relever que, contrairement à ce que semble soutenir la recourante, sans toutefois le rendre vraisemblable, la procédure d'opposition n'a pas été suspendue. Dès lors qu'après la consultation du dossier, aucune mesure d'instruction n'a été requise, malgré une interpellation deux mois après cette consultation, la recourante devait s'attendre à ce qu'une décision sur opposition soit rendue. On relève en outre que l'intimée a attendu plus de deux mois après l'échéance du délai imparti pour déposer d'éventuelles observations, avant de rendre la décision sur opposition. Ainsi, depuis son

opposition du 28 janvier 2021, la recourante n'a plus donné aucune nouvelle, malgré l'avis qu'une prise de position sur l'opposition serait prise dans les meilleurs délais, la consultation du dossier et une lettre d'interpellation. Dans ces circonstances et en l'absence de nouvelles mesures d'instruction, l'intimée était fondée à rendre une décision sans avertir la recourante de manière plus précise.

On ajoute à toutes fins utiles que la recourante aurait voulu produire devant l'autorité intimée le rapport d'expertise rendu le 20 septembre 2021 par le Dr M._____. Ainsi, même en admettant que son droit d'être entendu aurait été violé, ce qui n'est pas le cas, il faudrait constater que ce vice aurait été guéri dans le cadre de la présente procédure de recours, dans la mesure où l'assurée a eu l'occasion de produire cette pièce devant la Cour de céans, qui jouit d'un plein pouvoir de cognition.

Mal fondé, ce moyen doit être rejeté.

b) La recourante invoque une violation du principe de la bonne foi. Elle soutient que l'intimée savait qu'elle menait des mesures d'instruction. Elle prétend que l'assurance aurait admis de suspendre la procédure d'opposition.

Or, ces allégations ne sont absolument pas corroborées par les pièces au dossier. Cet argument est également pour le moins surprenant puisqu'il repose sur deux déclarations de la recourante sans que celle-ci n'ait pris la peine de donner davantage de détails sur ces faits. Ce grief doit être purement et simplement écarté.

c) La recourante reproche à l'intimée de ne pas avoir notifié la décision à l'Etat de Vaud (Centre hospitalier X._____) qui, selon elle, pourrait être concerné à titre de tiers responsable du dommage.

Or, on ne voit pas à quel titre l'Etat de Vaud pourrait disposer de moyens de droit à l'encontre de cette décision au sens de l'art. 34

LPGA, ni d'ailleurs de quel intérêt dispose la partie recourante d'invoquer elle-même ce grief. La recourante n'établit pas que l'Etat de Vaud est touché par la décision en cause ni qu'il a un intérêt digne de protection à ce qu'elle soit annulée ou modifiée au sens de l'art. 59 LPGA. A cet égard, on relève que le fait que l'octroi d'une prestation conduirait à une diminution ou à la suppression d'une obligation de verser d'autres prestations en faveur de l'assuré ne justifie pas, à lui seul, de reconnaître au débiteur un intérêt digne de protection à recourir (Jean Métral, in Anne-Sylvie Dupont/Margit Moser-Szeless [édit.], Loi sur la partie générale des assurances sociales, Commentaire romand, 2018, n° 14 ad art. 59 [ci-après : CR-LPGA]). Plus précisément, il est admis qu'un assureur privé n'a pas d'intérêt digne de protection à recourir contre une décision de refus de rente de l'assurance-accidents obligatoire ; le fait qu'il pourrait réduire ses prestations pour cause de surindemnisation en cas d'allocation d'une rente de l'assureur social ne constitue qu'un effet reflexe insuffisant pour fonder sa qualité pour recourir (ATF 125 V 339 consid. 4d, cité dans Jean Métral, CR-LPGA n° 41 ad art. 59 LPGA). On ne se trouve pas non plus dans une situation où l'assureur qui rend une décision touchant l'obligation d'un autre assureur d'allouer des prestations doit lui communiquer sa décision, dans la mesure où cet assureur dispose des mêmes voies de droit que l'assuré (art. 49 al. 4 LPGA).

Partant, ce moyen, mal fondé, doit être rejeté.

d) En conséquence, sur le plan strictement formel, il ne se justifie pas d'annuler la décision entreprise.

4. a) Aux termes de l'art. 6 al. 1 LAA, les prestations d'assurance sont allouées en cas d'accident professionnel, d'accident non professionnel et de maladie professionnelle.

b) L'art. 4 LPGA définit l'accident comme toute atteinte dommageable, soudaine et involontaire, portée au corps humain par une cause extérieure extraordinaire qui compromet la santé physique, mentale ou psychique ou qui entraîne la mort. La notion d'accident repose donc sur

cinq éléments, ou conditions, qui doivent être cumulativement réalisés : une atteinte dommageable à la santé, le caractère soudain de l'atteinte, son caractère involontaire, un facteur extérieur et le caractère extraordinaire de ce facteur extérieur (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1). En outre, l'atteinte doit s'inscrire dans un rapport de causalité naturelle et adéquate avec le facteur extérieur extraordinaire.

Par facteur extérieur, il faut comprendre une cause externe et non interne au corps humain (ATF 139 V 327 consid. 3.3.1). Par ailleurs, il résulte de la définition même de l'accident que le caractère extraordinaire de l'atteinte ne concerne pas les effets du facteur extérieur, mais seulement ce facteur lui-même. Dès lors, il importe peu que le facteur extérieur ait entraîné des conséquences graves ou inattendues. Il est considéré comme extraordinaire lorsqu'il excède, dans le cas particulier, le cadre des événements et des situations que l'on peut, objectivement, qualifier de quotidiens ou d'habituels, autrement dit des incidents et péripéties de la vie courante (ATF 142 V 219 consid. 4.3.1 ; 134 V 72 consid. 4.1.1 et 4.3.1 ; 129 V 402 consid. 2.1 ; Stéphanie Perrenoud, CR-LPGA, n° 25 ad art. 4 LPGA). L'existence d'un facteur extérieur extraordinaire générant un risque de lésion accru doit être admise lorsqu'un geste quotidien représente une sollicitation du corps plus élevée que ce qui est physiologiquement normal ou psychologiquement contrôlé (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents, in Ulrich Meyer [édit.], Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBRV], Vol. XIV, Soziale Sicherheit – Sécurité sociale, 3^e éd., Bâle 2016, n° 88 p. 922).

Pour les mouvements du corps, l'existence d'un facteur extérieur est en principe admise en cas de « mouvement non coordonné », à savoir lorsque le déroulement habituel et normal d'un mouvement corporel est interrompu par un empêchement non programmé, lié à l'environnement extérieur, tel le fait de glisser, de trébucher, de se heurter à un objet ou d'éviter une chute ; le facteur extérieur – modification entre le corps et l'environnement extérieur – constitue alors en même temps le facteur extraordinaire en raison du déroulement non programmé du

mouvement (ATF 130 V 117 consid. 2.1 ; TF 8C_194/2015 du 11 août 2015 consid. 3 et 8C_36/2013 du 14 janvier 2014 consid. 5).

c) Le droit à des prestations découlant d'un accident assuré suppose, entre l'événement dommageable de caractère accidentel et l'atteinte à la santé, un lien de causalité naturelle et adéquate (ATF 142 V 435 consid. 1 ; 129 V 177 consid. 3.2 et les références citées).

L'exigence de la causalité naturelle est remplie lorsqu'il y a lieu d'admettre que, sans cet événement accidentel, le dommage ne se serait pas produit du tout, ou qu'il ne serait pas survenu de la même manière. Il n'est pas nécessaire, en revanche, que l'accident soit la cause unique ou immédiate de l'atteinte à la santé ; il faut et il suffit que l'événement dommageable, associé éventuellement à d'autres facteurs, ait provoqué l'atteinte à la santé physique, mentale ou psychique de l'assuré, c'est-à-dire qu'il se présente comme la condition *sine qua non* de celle-ci. Savoir si l'événement assuré et l'atteinte à la santé sont liés par un rapport de causalité naturelle est une question de fait, que l'administration, le cas échéant le juge, examine en se fondant essentiellement sur des renseignements d'ordre médical, et qui doit être tranchée en se conformant à la règle du degré de vraisemblance prépondérante, appliquée généralement à l'appréciation des preuves dans le droit des assurances sociales (ATF 142 V 435 consid. 1 et les références citées).

Le droit à des prestations de l'assurance-accidents suppose en outre l'existence d'un lien de causalité adéquate entre l'accident et l'atteinte à la santé. La causalité est adéquate si, d'après le cours ordinaire des choses et l'expérience de la vie, le fait considéré était propre à entraîner un effet du genre de celui qui s'est produit, la survenance de ce résultat paraissant de façon générale favorisée par une telle circonstance (ATF 129 V 177 consid. 3.2 ; TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.1 et les références citées). Dans le domaine de l'assurance-accidents obligatoire, cependant, en cas d'atteinte à la santé physique, la causalité adéquate se recoupe largement avec la causalité naturelle, de

sorte qu'elle ne joue pratiquement pas de rôle (ATF 138 V 248 consid. 4 et les références citées ; TF 8C_220/2016 du 10 février 2017 consid. 7.3).

d) En vertu de l'art. 36 al. 1 LAA, les prestations pour soins, les remboursements de frais ainsi que les indemnités journalières et les allocations pour impotent ne sont pas réduits lorsque l'atteinte à la santé n'est que partiellement imputable à l'accident. Cependant, lorsqu'un état maladif préexistant est aggravé ou, de manière générale, apparaît consécutivement à un accident, le devoir de l'assurance-accidents d'allouer des prestations cesse si l'accident ne constitue pas ou plus la cause naturelle (et adéquate) du dommage, soit lorsque ce dernier résulte exclusivement de causes étrangères à l'accident. Tel est le cas lorsque l'état de santé de l'intéressé est similaire à celui qui existait immédiatement avant l'accident (*statu quo ante*) ou à celui qui serait survenu même sans l'accident par suite d'un développement ordinaire (*statu quo sine*). A l'inverse, aussi longtemps que le *statu quo sine vel ante* n'est pas rétabli, l'assureur-accidents doit prendre à sa charge le traitement de l'état maladif préexistant, dans la mesure où il s'est manifesté à l'occasion de l'accident ou a été aggravé par ce dernier (TF 8C_595/2017 du 16 mai 2018 consid. 3.2 et les références citées). Le seul fait que des symptômes douloureux ne se sont manifestés qu'après la survenance d'un accident ne suffit pas à établir un rapport de causalité naturelle avec cet accident (raisonnement *post hoc ergo propter hoc* ; ATF 119 V 335 consid. 2b/bb ; TF 8C_383/2018 du 10 décembre 2018 consid. 3.1). Il convient en principe d'en rechercher l'étiologie et de vérifier, sur cette base, l'existence d'un rapport de causalité avec l'événement assuré. Il ne suffit pas que l'existence d'un rapport de cause à effet soit simplement possible ; elle doit pouvoir être qualifiée de probable dans le cas particulier (ATF 129 V 177 consid. 3.1 ; TF 8C_441/2017 du 6 juin 2018 consid. 3.2).

5. Aux termes de l'art. 6 al. 2 let. d LAA, l'assurance-accidents alloue ses prestations en cas de déchirures de muscles, pour autant qu'elles ne soient pas dues de manière prépondérante à l'usure ou à la maladie. Lorsqu'une telle lésion est constatée à la suite d'un événement

même banal, l'assurance-accidents est en principe tenue de prêter. L'assurance-accidents est toutefois libérée de son obligation de prêter s'il est établi, au degré de la vraisemblance prépondérante, que la lésion est due à plus de 50 % à une atteinte malade ou dégénérative (ATF 146 V 51 consid. 8.6).

6. a) Dans le domaine des assurances sociales, le juge fonde sa décision, sauf dispositions contraires de la loi, sur les faits qui, faute d'être établis de manière irréfutable, apparaissent comme les plus vraisemblables, c'est-à-dire qui présentent un degré de vraisemblance prépondérante. Il ne suffit donc pas qu'un fait puisse être considéré seulement comme une hypothèse possible ; la vraisemblance prépondérante suppose que, d'un point de vue objectif, des motifs importants plaident pour l'exactitude d'une allégation, sans que d'autres possibilités ne revêtent une importance significative ou n'entrent raisonnablement en considération (ATF 144 V 427 consid. 3.2 ; 139 V 176 consid. 5.3 et les références citées). Il n'existe aucun principe juridique dictant à l'administration ou au juge de statuer en faveur de l'assuré en cas de doute (ATF 135 V 39 consid. 6.1 et les références citées).

b) Selon le principe de la libre appréciation des preuves (art. 61 let. c LPGA), le juge apprécie librement les preuves médicales qu'il a recueillies, sans être lié par des règles formelles, en procédant à une appréciation complète et rigoureuse des preuves. Le juge doit examiner objectivement tous les documents à disposition, quelle que soit leur provenance, puis décider s'ils permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. S'il existe des avis contradictoires, il ne peut trancher l'affaire sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion plutôt qu'une autre. En ce qui concerne la valeur probante d'un rapport médical, il est déterminant que les points litigieux aient fait l'objet d'une étude circonstanciée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées par la personne examinée, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical et l'appréciation de la situation médicale soient claires et enfin que les

conclusions de l'expert soient bien motivées. Au demeurant, l'élément déterminant pour la valeur probante, n'est ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation comme rapport ou comme expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 134 V 231 consid. 5.1 ; 125 V 351 consid. 3a ; TF 8C_75/2017 du 24 octobre 2017 consid. 3.4).

Le juge peut accorder pleine valeur probante aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permette de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés (ATF 125 V 351 consid. 3b/ee et la référence citée ; TF 8C_565/2008 du 27 janvier 2009 consid. 3.3.2 ; TFA U 216/04 du 21 juillet 2005 consid. 5.2).

S'agissant des rapports établis par les médecins traitants de l'assuré, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, la relation thérapeutique et le rapport de confiance qui les lient à leur patient les placent dans une situation délicate pour constater les faits dans un contexte assécurologique. Ce constat ne libère cependant pas le tribunal de procéder à une appréciation complète des preuves et de prendre en considération les rapports produits par l'assuré, afin de voir s'ils sont de nature à éveiller des doutes sur la fiabilité et la validité des constatations du médecin de l'assurance (ATF 135 V 465 consid. 4.5 et 4.6 et les références citées ; TF 8C_281/2019 du 19 mai 2020 consid. 5.1).

7. En l'espèce, la recourante fait valoir que l'événement survenu le 28 février 2020 est constitutif d'un accident, ce qui est nié par l'intimée.

Les atteintes survenues à l'occasion d'actes médicaux peuvent constituer un accident si l'acte médical s'écarte considérablement de la pratique courante en médecine et qu'il implique de ce fait objectivement de gros risques. Une erreur de traitement peut être constitutive d'un accident dès lors qu'elle découle d'une confusion ou de maladresses grossières et extraordinaires, voire d'un préjudice intentionnel, sur lesquels personne ne comptait ni ne devait compter (Jean-Maurice Frésard/Margit Moser-Szeless, L'assurance-accidents obligatoire, in Soziale Sicherheit, Schweizerisches Bundesverwaltungsrecht [SBVR], Vol. XIV, 3^e éd., Bâle 2016, n° 97 p. 923 ; Stéphanie Perrenoud, CR-LPGA, n° 36 ad art. 4, avec les références citées).

En l'occurrence, on relève d'emblée que l'événement en question est mal défini puisqu'on ignore exactement en quoi consisterait l'acte qui aurait causé la lésion musculaire litigieuse. L'événement en cause se serait produit lors d'une intervention chirurgicale de cure d'endométriose, qui n'est en tant que tel, *a priori*, pas de nature à causer un dommage au niveau de l'épaule. La recourante ne fait qu'émettre des hypothèses, indiquant dans un premier temps qu'elle était restée trop longtemps dans la même position, puis dans un deuxième temps qu'« elle a nécessairement été placée ou déplacée d'une manière non conforme et tout à fait inhabituelle », sans apporter le moindre élément de preuve. Elle n'a produit aucun protocole de l'opération, ni aucun document qui rendrait vraisemblable l'existence d'un incident particulier qui serait survenu durant l'intervention. Aucun médecin n'a vraiment cherché la cause de cette lésion, relevant simplement que cette dernière était apparue à la suite de l'opération du 28 février 2020. Le Dr D._____ n'a même jamais évoqué un quelconque accident, mentionnant une origine malade de l'atteinte. Une chute du bras de la table d'opération durant l'anesthésie a été évoquée par le radiologue comme hypothèse mais n'a pas été vérifiée.

Quant au Dr M._____, il a relevé que l'assurée avait bénéficié d'une intervention gynécologique en février 2020, qu'elle avait ressenti une douleur importante dans le membre supérieur droit avec une impotence fonctionnelle dès son passage en salle de réveil, qu'elle

mentionnait également la survenue de douleur de l'épaule gauche d'intensité moindre existant déjà auparavant, mais il a ajouté qu'on ne disposait pas de précision sur la position sur la table d'opération ou d'une complication survenue pendant cet acte. Il a constaté qu'à l'épaule droite, le bilan avait ensuite mis en évidence une déchirure musculaire qui s'était compliquée secondairement en capsulite rétractile ; on ne disposait toutefois pas du rapport de la première IRM réalisée mettant en évidence la déchirure musculaire mais d'un contrôle daté du 19 mai 2020 constatant des stigmates de déchirure en voie de cicatrisation. Il a estimé qu'au vu de l'anamnèse, la relation de causalité était pour le moins probable entre l'événement initial qui avait causé une déchirure musculaire avec la survenue de la capsulite rétractile. Dans ses conclusions, il a précisé qu'au vu de l'anamnèse, on pouvait retenir que les troubles au niveau de l'épaule droite étaient en relation de causalité pour le moins probable avec l'événement survenu pendant l'intervention et mis en évidence dès le passage en salle de réveil. Il a ajouté que la capsulite était une complication de ce cas et était aussi à la charge de l'assurance-accidents.

On constate d'emblée que ce médecin ne précise pas de quel événement il s'agit. Il n'émet aucune hypothèse sur ce qui a pu provoquer la déchirure musculaire lors de l'intervention gynécologique. Il se réfère à l'anamnèse, soit aux seules déclarations de la recourante, puisqu'il ne cite aucun document médical permettant d'attribuer les origines de l'atteinte à un acte déterminé. Il indique même ne disposer d'aucun document permettant de constater un éventuel problème durant l'intervention tel que la position sur la table d'opération ou une complication survenue pendant cet acte. Ses conclusions admettant en lien de causalité n'ont donc aucune valeur probante puisqu'il ne décrit même pas l'événement en question.

Dans son avis du 5 octobre 2021, le Dr A._____ ne se prononce pas précisément sur l'origine de l'atteinte, admettant que l'événement du 28 février 2020 avait provoqué une déchirure partielle de

quelques fibres du muscle deltoïde, mais sans donner de précision sur l'acte précis qui est à l'origine de cette atteinte.

On ne dispose d'aucun argument médical ni d'élément objectif permettant de déterminer l'acte à l'origine de l'atteinte. Dans sa réponse du 17 septembre 2021, l'intimée a cependant relevé que les lésions musculaires étaient des complications connues lors d'anesthésie générale ; elle s'est référée à un document édité par les HUG (www.hug.ch/anesthesiologie/quels-sont-risques-anesthesie-genrale) qui indique que les risques de complications pouvant survenir lors d'anesthésie générale sont notamment des lésions nerveuses, musculaires et cutanées qui sont provoquées par une position prolongée sur la table d'opération entraînant des compressions. Elles engendrent un engourdissement temporaire ou une paralysie réversible dans la quasi-totalité des cas.

En l'état, il apparaît que d'autres causes qu'une éventuelle position prolongée sur la table d'opération en raison de l'anesthésie n'ont pas été mises en évidence par les médecins. Le Dr M._____, mandaté d'une expertise notamment dans le but de déterminer le lien de causalité, n'a pas estimé utile de procéder à de plus amples investigations, ni d'ailleurs les médecins traitants qui n'ont jamais émis l'hypothèse d'une erreur médicale ni d'un événement extraordinaire qui pouvait être à l'origine de l'atteinte. L'événement dont s'est prévalu la recourante lors de ses premières déclarations était un positionnement prolongé sur la table d'opération ; c'est aussi cet événement qui semble avoir implicitement été pris en considération par le corps médical. Or, cet événement est connu et prévisible en cas d'anesthésie générale et le risque de lésions musculaires qui en découle est un risque prévisible. La recourante n'apporte ainsi aucun indice permettant d'attribuer l'origine de la déchirure musculaire à un facteur extraordinaire.

En conséquence, on ne peut qu'admettre l'absence d'accident au sens de l'art. 6 al. 1 LAA.

8. Le cas doit ainsi être examiné à la lumière de l'art. 6 al. 2 LAA. Il est admis que la déchirure des fibres musculaires est une lésion assimilée qui est à la charge de l'assurance-accidents au sens de cette disposition. L'intimée considère toutefois que cette lésion est guérie depuis le 1^{er} juillet 2020, ce qui met fin aux prestations. La recourante conteste la guérison et fait valoir que son cas n'est pas encore stabilisé.

Il ressort des rapports médicaux au dossier que la déchirure musculaire était guérie au 1^{er} juillet 2020.

Le Dr A. _____ a notamment fondé sa conclusion sur l'IRM du 19 mai 2020 qui décrit la persistance de très discrets stigmates de déchirures musculaires dans le sus- et le sous-épineux ; le radiologue a constaté une globale normalisation des structures musculaires avec remaniements résiduels discrets post déchirure musculaire dans les muscles supra- et infra-épineux.

Le Dr M. _____ indique également que le contrôle réalisé le 19 mai 2020 mettait en évidence des stigmates de déchirure en voie de cicatrisation. En revanche, il considère que cette déchirure s'est compliquée secondairement d'une capsulite rétractile, sans toutefois étayer son appréciation sur ce point. Il se limite à constater que le diagnostic de capsulite rétractile a été posé par un spécialiste (N.B. le Dr N. _____) et n'étaye ni son diagnostic ni le lien existant entre cette nouvelle atteinte et la déchirure musculaire préexistante et cicatrisée.

Dans son rapport du 21 août 2020, le Dr N. _____ indique dans son anamnèse que l'assurée a développé secondairement une capsulite rétractile sans motiver ce diagnostic. Dans son rapport du 14 octobre 2020, il pose le diagnostic de capsulite rétractile de l'épaule droite post-déchirure du corps musculaire supra-épineux, infra-épineux et du chef antérieur du deltoïde et confirme que les douleurs constatées concordent avec l'événement invoqué (soit l'intervention gynécologique) sans l'étayer. Il semble admettre un lien entre, d'une part, les douleurs qui subsistent et qui seraient dues à la capsulite rétractile et, d'autre part,

l'intervention chirurgicale qui a initialement donné lieu à une déchirure musculaire qui est rétablie (« post-déchirure »). Son rapport est toutefois sommaire et ne donne aucune explication. Il ne saurait avoir une valeur probante suffisante quant à la pose du diagnostic de capsulite rétractile compte tenu de l'avis divergent du Dr A._____ qui est motivé de manière objective.

Dans sa première appréciation du 12 novembre 2020, le Dr A._____ avait retenu le diagnostic de capsulite rétractile sur la base des rapports médicaux au dossier, en particulier du Dr N._____ qui ne sont pas très étayés, sans toutefois en faire une véritable analyse, et avait considéré que la durée d'incapacité de travail pour les lésions musculaires iatrogènes associées à une composante de capsulite rétractile était de 4 à 5 mois. Dans son avis du 5 octobre 2021, plus détaillé, il ne retient pas le diagnostic de capsulite rétractile et confirme le *statu quo sine* au 1^{er} juillet 2020 sur la base de plusieurs éléments.

D'abord, il note que les examens radiologiques ont confirmé la présence d'une tendinite du sus-épineux qui a progressivement évolué avec participation d'une tendinite du long chef du biceps et ont révélé la guérison de la déchirure musculaire.

Ensuite, au vu de la récupération des amplitudes articulaires dès le 18 août 2020, il considère que le diagnostic de capsulite rétractile ne peut être démontré de manière probante. Il relève qu'en se basant sur l'article auquel le Dr M._____ fait référence (Pierre-Alain Buchard, Cyrille Burrus et François Luthi, La capsulite rétractile de l'épaule : mise au point en 2017 ; Revue médicale suisse 2017 ; 13 : 1704), on retiendrait ce diagnostic si la rotation externe était limitée à 0°, ce qui correspond à un symptôme cardinal de la capsulite rétractile. Il ajoute qu'habituellement l'abduction et la flexion de l'épaule sont inférieures à 90° dans une telle pathologie. Or, dans le cas d'espèce, la rotation externe de l'épaule droite est de 70° au lieu de 0° et l'abduction qui est de 140°, tout comme la flexion qui est de 140°, sont supérieures aux 90° précités, ce qui ne confirme pas la présence d'une épaule gelée à droite. Il relève que lors de

l'examen clinique d'août 2020 (du Dr N._____), les amplitudes articulaires montraient déjà une récupération de la rotation externe à 50° et une abduction active à 140°.

Puis, il constate que le Dr M._____ a reconnu que les amplitudes articulaires de l'épaule droite étaient proches de celles de l'épaule gauche, à savoir : abduction passive à droite de 140° pour 160° à gauche, flexion passive à droite de 140° pour 150° à gauche, rotation externe de 70° à droite pour 80° à gauche et rotation interne pouce S1 à droite pour pouce L5 à gauche. Il déduit que la limitation fonctionnelle à droite est donc faible. Or, de telles limitations fonctionnelles de l'épaule droite sont davantage liées à une tendinite de la coiffe des rotateurs qu'à une capsulite rétractile.

Enfin, il constate que lors de son examen clinique, le Dr M._____ a démontré un test de Jobe positif et un test positif pour une atteinte du long chef du biceps. Selon le Dr A._____, ces tests sont le reflet d'une tendinite respectivement du tendon du sus-épineux et du tendon du biceps et ces lésions correspondent aux découvertes de l'IRM du 1^{er} juillet 2020. Il précise qu'en cas de tendinite de la coiffe des rotateurs, il n'est pas inhabituel de constater une légère diminution des amplitudes articulaires, comme c'est le cas chez l'assurée.

En définitive, le Dr A._____ retient qu'objectivement les lésions musculaires sont guéries depuis le 1^{er} juillet 2020 à tout le moins, que les amplitudes articulaires de l'épaule droite sont proches de celles de l'épaule gauche, que les faibles limitations fonctionnelles de l'épaule droite sont davantage liées à une tendinite de la coiffe des rotateurs qu'à une capsulite rétractile qui n'est pas démontrée par les éléments cliniques. Ces arguments sont fondés sur une analyse objective des pièces médicales au dossier et son appréciation motivée a toute valeur probante. Les avis divergents au dossier, peu étayés et peu convaincants, ne permettent pas de jeter le doute sur l'appréciation du Dr A._____. Dès lors qu'il a pu être constaté que la lésion assimilée qui fondait le devoir de prester était guérie au moins lors de l'IRM du 1^{er} juillet 2020 et qu'il ne

subsistait plus que des atteintes dégénératives au-delà de cette date, lesquelles étaient comparables à celles constatées dans l'épaule gauche en 2019 et qui expliquaient la nature et l'intensité des limitations fonctionnelles subsistantes, l'intimée était fondée à mettre un terme à ses prestations à cette date.

9. a) En définitive, le recours, mal fondé, doit être rejeté et la décision entreprise confirmée.

b) Il n'y a pas lieu de percevoir de frais judiciaires (art. 61 let. f bis LPGA).

La recourante, qui n'obtient pas gain de cause, n'a pas droit à des dépens, pas plus que l'intimée en sa qualité d'assureur social (art. 61 let. g LPGA ; ATF 127 V 205).

**Par ces motifs,
la Cour des assurances sociales
p r o n o n c e :**

- I.** Le recours est rejeté.
- II.** La décision sur opposition rendue le 21 juillet 2021 par C._____ est confirmée.
- III.** Il n'est pas perçu de frais judiciaires ni alloué de dépens.

La présidente :

La greffière :

Du

L'arrêt qui précède, dont la rédaction a été approuvée à huis clos, est notifié à :

- AXA-ARAG Protection juridique SA (pour R. _____),
- C. _____,
- Office fédéral de la santé publique,

par l'envoi de photocopies.

Le présent arrêt peut faire l'objet d'un recours en matière de droit public devant le Tribunal fédéral au sens des art. 82 ss LTF (loi du 17 juin 2005 sur le Tribunal fédéral ; RS 173.110), cas échéant d'un recours constitutionnel subsidiaire au sens des art. 113 ss LTF. Ces recours doivent être déposés devant le Tribunal fédéral (Schweizerhofquai 6, 6004 Lucerne) dans les trente jours qui suivent la présente notification (art. 100 al. 1 LTF).

La greffière :